

Sehen Sie unsere Hinweise zur EU-Datenschutz-Grundverordnung auf www.gynadliswil.ch

Name	
Vorname	Geburtstag
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Nationalität	
Hausarzt	
E-Mail-Adresse	
Einige Untersuchungsergebnisse erhalten wir erst nach mehreren Tagen. Gerne benachrichtigen wir Sie bei unauffälligen Befunden per E-Mail, Fax oder SMS über das Ergebnis von Abstrich- und Laboruntersuchungen. Bei relevanten auffälligen Befunden werden Sie selbstverständlich persönlich informiert. ☐ Ich wünsche <u>keine</u> Befundmitteilungen per E-Mail ☐ Ich bin an <u>erweiterter Vorsorge</u> interessiert ☐ Ich bin an <u>erweiterter Vorsorge heute</u> nicht interessiert ☐ Ich bin an <u>erweiterter Vorsorge grundsätzlich</u> nicht interessiert ☐ Ich wünsche <u>keine</u> Recalls (Erinnerung an anstehende Termine) ☐ Ich wünsche <u>keine</u> Informationen über Zusatzleistungen ☐ Ich wünsche nur Medikamente, welche von der Grundversicherung erstattet werden ☐ Ich wünsche nur Pflichtleistungen, welche von der Grundversicherung erstattet werden	
Telefon privat	Natel
Beruf	Telefon geschäftlich
Krankenkasse / Versicherung:	Mitglied Nr.
Sozialamt:	AHV Nr.
Bitte machen Sie Angaben zu allfälligen Zusatz- u/o Spitalversicherungen	
☐ Zusatzversicherung:	☐ keine Zusatzversicherung
Spitalversicherung:	
☐ auch im Spital Allgemeinversicherung	☐ Privat
☐ Halbprivat	☐ Selbstzahler
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die mir für die erbrachten Leistungen gemäss anwendbarem Tarif in Rechnung gestellt werden, sowie meine Daten an ein Trust-Center weitergeleitet werden. Mit meiner Unterschrift entbinde ich Herrn Dr. Grahleke für alle Angaben, die zur Rechnungsstellung und für Inkasso erforderlich sind, von seinem Berufsgeheimnis. Ich ermächtige Herr Dr. Grahleke zudem bei anderen Ärzten oder Spitälern Akten anzufordern, soweit dies für die Behandlung notwendig ist.	
Datum	Unterschrift (digital oder später in der Praxis)